

UNITATEA SANITARA:

Sectia :

Catre :

C.A.S.M.B.

Comisia de specialitate pentru aprobarea medicamentelor

Ganirelixum

Referat de justificare

Subsemnatul (a) Dr., in calitate de **medic specialist obstetrica ginecologie cu competenta in tratamentul infertilitatii**), solicit aprobarea initierii / continuarii tratamentului pentru pacienta : (nume , prenume ,CNP)

.....
Aceasta se afla in evidenta noastra cu diagnosticul de **infertilitate** (absenta conceptiei dupa un an de raporturi sexuale neprotejate) .

Pentru tipul de tratament initiat : **inseminare intrauterina cu stimulare ovariana** solicit aprobarea unui numar de fiole de ganirelixum (maxim 5 fiole / luna , cu posibilitatea compensarii a 3 cicluri lunare) .

Certific ca pacienta prezinta integritatea anatomica si functionala a trompelor uterine si nu are urmatoarele afectiuni care contraindica acest tratament :

- hipersensibilitate la substanta activa
- tumori de ovar
- hemoragii vaginale nediagnosticate
- insuficienta ovariana primara
- chisturi ovariene sau ovare marite , fara legatura cu boala ovarelor polichistice
- malformatii ale organelor genitale incompatibile cu sarcina
- fibroame uterine incompatibile cu sarcina
- insuficienta moderata sau severa a functiei hepatice
- sarcina sau alaptare

In vederea aprobarii compensarii tratamentului anexez :

- Bilet de externare / scrisoare medicala (xerox)
- Rezultat histero-salpingo-grafie
- ecografie prin care se exclude sarciana , patologia tumorală ovariana , uterina
- BI / CI (xerox)
- Dovada calitatii de asigurat

Data

Semnatura si parafa medic curant